

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ
ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Дроздова М.С.¹, Арбатская И.В.¹, Лебедева О.В.², Валуй В.Т.¹

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»²

Введение. Исследование факторов риска дебюта и прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) остается по-прежнему актуальным. Наряду с общепринятыми методами обследования используются психологические тесты, результаты которых неоднозначны. [1, 2].

Цель работы. Определить дополнительные факторы риска прогрессирования ИБС. Оценить степень риска повторных сердечно-сосудистых катастроф у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследовании добровольно приняли участие 28 пациентов со стабильной стенокардией напряжения (С СН) I-II функционального класса – I группа (контрольная); и 33 пациента, перенесших ИМ 1-4 года назад, с рубцовыми изменениями в миокарде (ПИК) – II группа (опытная). Для исследования применялся метод случайной выборки в кардиологическом отделении ВОКСЦ в 2012-2016 г.г. Критерии исключения: пороки клапанов, сахарный диабет, онкопатология в анамнезе.

Результаты расспроса и объективного исследования вносились в специально разработанные для этого бланки. Для определения психического статуса применялась шкала тревоги Спилбергера-Ханина и опросник депрессии Зунга. Обработка полученных данных проводилась с использованием программы BIOSTAT.

Результаты и обсуждение. Исследуемые группы были сопоставимы по возрасту ($58,04 \pm 5,2$ и $59,38 \pm 5,9$ лет), полу, семейному положению, отношению к алкоголю. Количество неработающих во II группе было несколько больше, чем в I (10 и 20 человек соответственно); что, возможно, связано с пребыванием на инвалидности после перенесенного ИМ. Число работающих не по специальности в обеих группах было сопоставимо (6 и 4 - соответственно). На работу в ночные смены в анамнезе указывали 17,85% пациентов I группы и 51,5% - II группы ($P < 0,05$). Эмоционально напряженные ситуации на работе отмечали 6 респондентов I группы и 5 – II группы. Наличие сопутствующих заболеваний отмечали 26 (92,8%) и 28 (84,85%) пациентов соответственно. Среди сопутствующих заболеваний в группе пациентов с С СН достоверно чаще встречалась артериальная гипертензия (71,43% против 33,3% во II группе). Улиц, перенесших ИМ, в качестве сопутствующей патологии чаще отмечалась хроническая обструктивная болезнь лёгких (30,3% против 3,57% в I группе). Анамнез ранних смертей от сердечно-сосудистых заболеваний у близких родственников был сопоставим в обеих группах. Количество мужчин, выкуривающих больше 10 сигарет в день, был достоверно выше во II группе, что может косвенно указывать на повышенный риск ИМ у «злостных» курильщиков.

Данные сравнительного исследования объективного статуса и ЭКГ представлены в таблице 1 (сравнительный анализ проводился только при полностью заполненных бланках).

Таблица 1. – Данные объективного статуса исследуемых пациентов.

Показатель	I группа (n=23)	II группа (n=28)
1. Индекс Массы Тела, ИМТ (кг/м ²)	29,95±1,6	26,46±0,65□
2. Цифры АД выше нормы трижды при "случайных" измерениях (n, %)	13 56,5	18 64,3
3. Тип вегетативной нервной системы, ВНС:		
- эйтония (n, %)	4 17,39	3 10,71
- симпатикотония (n, %)	4 17,39	9 32,14
- ваготония (n, %)	15 65,22	16 57,14
4. Пульс:		
- твердый (n, %)	8 34,78	12 42,56
- полный (n, %)	6 26,09	13 46,43
5. Аускультация сердца:		
- тоны аритмичные (n, %)	8 34,78	9 32,14
- шумы (сист./диаст.) (n, %)	5/3 34,78	6/0 21,43
- акцент II тона над аортой (n, %)	19 82,61	8 28,57
6. ЭКГ:		
- постинфаркт.кардиосклероз (n, %)	-	28 100,0
- нарушения ритма (n, %)	3 13,04	11 39,29
- гипертрофия лев. жел-ка (n, %)	9 39,13	6 21,43
- наруш.ритма+гипертроф.ЛЖ	11 47,83	3 10,71

Примечание: □ - p<0,05.

Интересным является тот факт, что показатель ИМТ во II группе оказался достоверно ниже, чем в I группе. Вероятно, это связано с повышенным вниманием пациентов, перенесших ИМ, к своему здоровью. Больше чем у половины пациентов обеих групп при "случайных" измерениях цифры артериального давления были 140/90 мм рт. ст. и выше, что свидетельствует об отсутствии эффективного контроля за данным показателем, в то время как риск сердечно-сосудистых катастроф среди таких пациентов очень высок [1]. "Полный" пульс достоверно чаще встречался у пациентов с ПИК (возможно, это связано с неэффективным контролем артериального давления).

Количество лиц с гипертрофией левого желудочка в обеих группах было сопоставимо. Вероятно, для уточнения её наличия необходима дополнительная оценка не только ЭКГ, но и данных УЗИ сердца [3]. При ЭКГ выявлено достоверное преобладание лиц с различными видами нарушений ритма сердца среди пациентов II группы (с постинфарктным кардиосклерозом), что является прогностически неблагоприятным признаком нарушения трофики и иннервации миокарда.

Средние показатели липидного спектра крови в обеих группах существенно не различались, однако число пациентов с холестерином $\geq 5,2$ ммоль/л во II группе было достоверно выше (39,9% против 13,6%).

Результаты психологического тестирования пациентов обеих групп представлены в табл.2.

Таблица 2. – Депрессия и тревога у пациентов с ИБС (I гр.- ССН; II гр.- ПИК)

Показатель	I группа (n=28)	II группа (n=33)
1. Уровень депрессии (баллов)	38,12±1,64	37,14±1,41
- депрессии не выявлено (n, %)	21 75,0	26 78,79
- легкая депрессия ситуат./невротич.(n%)	7 25,0	7 21,21
2. Ситуативная тревога (СТ) (баллов)	42,12±1,76	41,95±1,61
- высокий уровень СТ (n, %)	8 28,57	12 36,36
- умеренная СТ (n, %)	20 71,43	21 63,64
3. Личностная тревога (ЛТ) (баллов)	46,73±1,52	45,21±1,73
- высокий уровень ЛТ (n, %)	18 64,29	16 48,48
- умеренная ЛТ (n, %)	10 35,71	17 51,52

Частота выявления депрессии ситуативного или невротического характера у пациентов обеих групп была сопоставима, что не подтверждает литературные данные [2]. Анализ полученных данных (См. табл.2) не позволяет выделить психологические "маркеры" прогрессирования ИБС, однако четко указывает на возможное участие личностного (генетически детерминированного) компонента тревоги в её генезе.

Выводы. 1. Работа в ночные смены неблагоприятно сказывается на прогнозе ишемической болезни сердца (может быть фактором риска ИМ). 2. У лиц со ССН и сопутствующей хронической обструктивной болезнью лёгких риск развития ИМ достоверно выше. 3. Для мужчин со ССН курение больше 10 сигарет в день увеличивает риск развития ИМ. 4. Нарушения ритма сердечной деятельности на ЭКГ у пациентов со ССН можно считать прогностически неблагоприятным признаком по риску ИМ. 5. Уровень общего холестерина больше 5,2 ммоль/л увеличивает риск неблагоприятных сердечных событий у пациентов с ИБС. 6. Индивидуумы с высокой личностной тревожностью более подвержены коронарной ишемии. 7. Говорить о специфическом психологическом "фоне" как о предикторе ИМ - преждевременно. Вопрос требует дальнейшего изучения (в сравнении с группой лиц без ИБС сопоставимого возраста).

Литература:

1. Сердечно-сосудистые заболевания у пожилых / под ред. Т. Стасера. – Женева : ВОЗ, 1988. – С. 85–92.
2. Jiang, W. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure / W. Jiang // Arch. Intern. Med. – 2001. – Vol. 161. – P. 1849–1856.
3. Страус, Ш. Е. Медицина, основанная на доказательствах : пер. с англ.) / Ш. Е. Страус [и др.] ; под ред. В.В. Власова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 179–98.

УДК 616.89-008.454-036.12

ВЗАИМОСВЯЗИ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИХ ФАКТОРАМИ РИСКА У АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Егоров К.Н., Барышев А.Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Каждый год от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) умирает 41 миллион человек, что составляет 71% всех случаев смерти в мире, причем 15 миллионов человек находятся в диапазоне возраста от 30 до 69 лет. Более 85% этих